

HELP Kinderen: hulpverlening en laagdrempelig project voor kinderen van drugsverslaafde ouders

Fabienne Vandenstein, Ans Traen, Greet Aelvoet en Jan Van Bouchaute*

Inleiding

‘Casemanagement is het organiseren van de hulp- en dienstverlening bij een complexe en langdurige problematiek, om de cliënt zo min mogelijk hulpbehoevend en van anderen afhankelijk te leren zijn’ (Van Riet & Wouters, 1996). De toepassing van casemanagement gaat terug tot het begin van de twintigste eeuw. Het omvatte een geheel aan activiteiten gericht op de coördinatie van de dienstverlening, zorg voor de armen en zieken en toezicht op uitkeringen. Met geloof in de waarde van en respect voor cliënten en empowerment van kwetsbare groepen (Geenens e.a., 2005). De ontwikkeling en toepassing van casemanagement ging gepaard met ingrijpende veranderingen binnen de hulp- en dienstverlening van de jaren negentig van de vorige eeuw (Van Riet & Wouters, 1996). De fragmentatie van het bestaande hulpverleningsaanbod en de deïnstitutionalisering van psychiatrie maakte de behoefte aan coördinatie, continuïteit en samenwerking binnen de zorg duidelijk. Ook het chronische en langdurige karakter van de problematiek van de cliënten leidde tot de aanstelling van casemanagers (Van Riet & Wouters, 1996; Geenens e.a., 2005).

Ondanks het ontbreken van een eenduidige definitie van casemanagement, komen gemeenschappelijke bevindingen terug. Casemanagement heeft in de eerste plaats een regiefunctie in de zorg. De casemanager coördineert en organiseert de hulpverlening op zodanige wijze dat de cliënt een aangepast en op maat gemaakt hulpaanbod krijgt. De casemanager heeft het voordeel te kunnen vertrekken vanuit de vraag van de cliënt, zonder gebonden te zijn aan een bepaald aanbod dat hij

* Licentiate F. Vandenstein is psychologe bij het Medisch Sociaal Opvangcentrum Gent. E-mail: fabienne.vandenstein@gent.be.

Dr. A. Traen is verslavingsarts bij het Medisch Sociaal Opvangcentrum Gent.

Licentiate G. Aelvoet is psychologe bij het Medisch Sociaal Opvangcentrum Gent.

Dr. J. Van Bouchaute is diensthoofd bij het Medisch Sociaal Opvangcentrum Gent.

dient te verstrekken. Elke cliënt legt een uniek traject af binnen case-management en begeleiding dient opgevat te worden in de ruimste zin van het woord. Voor elke vraag tracht men een passend antwoord te formuleren en andere hulpverleningsinstanties te betrekken. Van Riet en Wouters (1996) wijzen er ten slotte op dat het moet gaan om een complexe problematiek of continuïteitsproblematiek.

TOEPASSING CASEMANAGEMENT BIJ DRUGSGEBRUIKERS

De toepassing van casemanagement bij drugsgebruikers is een relatief nieuwe ontwikkeling binnen de verslavingszorg (Vanderplasschen, Lievens & Broekaert, 2001). In de jaren zeventig werd het voor het eerst aangewend in Noord-Amerika bij personen met een afhankelijkheidsproblematiek, als antwoord op de wisselende en uiteenlopende zorgbehoeften van drugsverslaafden (Rush & Ekdahl, 1990). Sinds de jaren negentig is er sprake van een exponentiële toename van casemanagement bij de drugsverslaafde populatie in verschillende Europese landen, waaronder Nederland en België (Brindis & Theidon, 1997). Het wordt vooral toegepast bij drugsgebruikers die moeilijk toegang krijgen tot de bestaande hulpverlening. Twee factoren zijn hiervoor verantwoordelijk: met name de vaak meervoudige en complexe problematiek bij deze populatie en de fragmentatie van het hulpverleningsnetwerk (Van Riet & Wouters, 1996). Naast drugs- en/of alcoholproblemen zien we dat drugsgebruikers tevens moeilijkheden ervaren op het vlak van het vinden van een baan, huisvesting, justitie en politie, sociale en familierelaties en financiële zaken (Van Brussel, 2000; Vanderplasschen e.a., 2001). Dit zorgt ervoor dat verschillende instanties gelijktijdig bezig zijn met hulp- en dienstverlening, vaak zonder dat zij met elkaar in contact komen. We kunnen stellen dat bij de hulpverlening aan een drugsverslaafde gemiddeld drie diensten betrokken zijn (Ashery, 1996).

Een van de belangrijkste bijdragen van casemanagement betreft het afstemmen van diensten op elkaar en het geheel te coördineren, zodat de hulpverlening overzichtelijk wordt voor de cliënt en de betrokken diensten. Hierdoor krijgt de cliënt zorg op maat en is de retentie hoger (Vanderplasschen, Lievens & Broekaert, 2001). Een van de belangrijkste voorspellers van een succesvolle hulpverlening is immers de duur van behandeling (Broekaert e.a., 1999; Rapp e.a., 1998). Daarnaast kunnen ook de andere probleemgebieden op een meer gestructureerde manier aangepakt worden. Bovendien verbetert het de samenwerking tussen verschillende diensten in het heden en de toekomst. Het meest toegepaste model van casemanagement in de verslavingszorg is het 'strengths-based model'. De concrete toepassing van dit

model bestaat erin de sterke en zwakke punten van de cliënt na te gaan op verschillende levensgebieden. Vervolgens gaat men uit van de mogelijkheden van de cliënt (Saleebey, 1997). Men probeert deze mogelijkheden te stimuleren door de cliënt zelf doelstellingen te laten bepalen en hem zoveel mogelijk aan te moedigen in de stappen die hij onderneemt (Siegal e.a., 1997). Hulpverleners uit verschillende instanties werken op deze manier. De casemanager heeft echter, door een beperktere caseload, de kans om nauwer betrokken te raken bij de cliënt. Hij heeft de mogelijkheid om de cliënt in zijn eigen leefomgeving te ontmoeten (Saleebey, 1997). Een huisbezoek vraagt veel tijd, maar levert bruikbare informatie op. Het feit dat je als gast wordt binnengelaten in de leefomgeving van de cliënt verbetert de vertrouwensband en de concrete invulling van het 'strengths-based model'. De relatie tussen cliënt en casemanager is immers cruciaal voor het welslagen van het project en voor een verdere positieve ontwikkeling (Brun & Rapp, 2001; Vanderplasschen, Lievens & Broekaert, 2001).

CASEMANAGEMENT BIJ DRUGSGEBRUIKENDE OUDERS EN ZWANGERE VROUWEN

De komst van een kind wordt door veel drugsgebruikende (toekomstige) ouders als positief ervaren. Zij zien hierin de mogelijkheid om uit de impasse van de verslaving te geraken. Door het drugsgebruik komen echter een aantal basiseigenschappen van ouderschap op de helling te staan, zoals verantwoordelijkheid, veiligheid en responsiviteit (Schipper, 2001). Bovendien stellen we vast dat zij een tekort hebben aan kennis over de ontwikkeling en mogelijkheden van kinderen, zij over weinig opvoedkundige vaardigheden beschikken en vaak zelf weinig tot geen positieve ervaringen hebben met betrekking tot opvoeding (Vanderplasschen, 1997). We kunnen stellen dat veel drugsgebruikers de wil hebben om een goede ouder te worden, maar dat verschillende factoren (zoals drugsgebruik) dit in de weg staan. Om tegemoet te komen aan opvoedings- en ontwikkelingsproblemen werden specifieke initiatieven ontwikkeld voor de hulpverlening aan drugsverslaafde ouders en hun kinderen, zoals casemanagement (Vanderplasschen, Derluyn & Broekaert, 2002). De toepassing van casemanagement bij deze specifieke doelgroep is een tweesnijdend zwaard. Enerzijds zien we bij drugsgebruikende ouders en zwangeren dezelfde complexe en meervoudige problematiek opduiken als bij de ruimere drugspopulatie. Zij kampen bovendien met een extra maatschappelijke stigmatisering (Derluyn, Vanderplasschen & Broekaert, 2000). De combinatie van kinderen en drugsgebruik ligt immers gevoelig. Op eigen initiatief contact opnemen met de hulpverlening is

vaak een brug te ver. In dit opzicht is casemanagement een goede keuze, omdat de casemanager kan fungeren als link of buffer tussen verschillende voorzieningen en tevens begeleider kan zijn voor het gezin, zonder dat dit bedreigend overkomt (Vanderplasschen, Derluyn & Broekaert, 2002). Anderzijds zorgt casemanagement ervoor dat de persoon in kwestie zichtbaar wordt voor de hulpverlening. Wanneer een situatie uit de hand dreigt te lopen, bestaat de kans dat het kind wordt weggehaald uit het gezin (Vanderplasschen, Lievens & Broekaert, 2001).

Voor de drugsverslaafde ouder en/of zwangere blijft het een moeilijke afweging. We geloven in hun verantwoordelijkheidsgevoel ten aanzien van het kind en versterken dit. Vaak putten zij hieruit de motivatie om iets aan hun problemen te doen en hulp toe te laten (Hughes e.a., 1995). De casemanager tracht de cliënten in contact te brengen met hulpbronnen in hun omgeving. Hij neemt de coördinatie en opvolging van de hulpverlening op zich en probeert diensten op maat van de cliënt aan te bieden (Hall e.a., 2002). Zorg op maat, een goede vertrouwensband en intensief casemanagement geven significante verbeteringen op verschillende leefgebieden, zoals de sociale situatie, drugsgebruik, sociale steun, contacten met de hulpverlening en justitiële situatie (Lanehart, 1996; Bool, 2002).

KDO-project

Het Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC) te Gent is een laagdrempelig ambulant centrum dat medische en psychosociale begeleiding biedt aan meerderjarige gebruikers die minimaal een jaar afhankelijk zijn van één of meer illegale drugs (voornamelijk opiaten). Samen met de cliënt probeert het centrum het drugsgebruik en de schadelijke gevolgen ervan te beperken of stoppen. Hiervoor wordt in de meeste gevallen een substitutiebehandeling met methadon opgestart.

Een aantal jaren geleden werd binnen het MSOC een project opgericht ter ondersteuning van drugsverslaafde ouders en zwangeren. Dit project kreeg de naam 'Klinisch casemanagement en intervisie voor hulpverleners voor drugsverslaafde zwangeren en drugsverslaafde ouders met jonge kinderen', later afgekort tot 'Kinderen van drugsverslaafde ouders' (ofwel KDO). Men had opgemerkt dat wanneer drugsverslaafde personen kinderen kregen, zij zich meer en meer terugtrokken uit het reguliere hulpverlenersnetwerk. Uit onderzoek van Vanderplasschen, Derluyn en Broekaert (2002) is gebleken dat de reden voor dit terugtrekken de toegenomen stigmatisering is en de angst dat het kind uit huis wordt geplaatst. Drugsgebruik en kinderen zijn immers

twee begrippen die moeilijk met elkaar in overeenstemming te brengen zijn. Om ondersteuning te bieden aan drugsverslaafde ouders en zwangeren en toekomstige opvoedingsproblemen te voorkomen, werd het KDO-project in het leven geroepen.

Concreet gaat het om een vorm van klinisch casemanagement waarbij we de situatie van ons doelpubliek trachten te verbeteren. We helpen hen op alle levensgebieden en treden op als tolk naar de hulpverleners die de zorg voor de kinderen op zich nemen. Daarnaast proberen we het ontwikkelingsproces van de kinderen zo goed mogelijk te ondersteunen. We werken emancipatorisch, zodat de begeleiding beëindigd kan worden zodra het gezin veerkrachtig genoeg is. Daarnaast bieden we een overlegplatform voor hulpverleners die met onze doelgroep in aanraking komen.

KLINISCH CASEMANAGEMENT BINNEN HET KDO-PROJECT

Het is bewezen dat casemanagement positieve effecten heeft op verschillende levensgebieden, met name gebruik, gezondheid, werkgelegenheid, financiën, gezinsrelaties, juridische status en het gebruik van sociale voorzieningen (Bool, 2002). De kracht van casemanagement ligt hem in het feit dat het opzetten van een begeleiding en de continuering ervan volledig aangepast is aan de behoeften van de specifieke doelgroep. We nemen een empathische en laagdrempelige basishouding aan wanneer we werken met deze doelgroep.

Drugsgebruik hoeft een goede verzorging en opvoeding van kinderen niet in de weg te staan. We houden evenwel voor ogen dat kinderen die grootgebracht worden in een gezin waarbij één of beide ouders afhankelijk zijn van illegale drugs opgroeien in een risicosituatie. Elk kind heeft het recht om op te groeien in zijn eigen gezin, op voorwaarde dat dit veilig kan gebeuren. Een belangrijk deel van de begeleidingen wordt dan ook besteed aan de taxatie van risicofactoren en het verkleinen ervan. Daarnaast brengen we de beschermende factoren in kaart en trachten we deze te vergroten en te versterken. We proberen regelmatig op huisbezoek te gaan bij cliënten. Door outreachend te werken krijg je immers belangrijke informatie, die je onmiddellijk kunt inzetten ter preventie van schade aan het kind. Concreet bieden we ondersteuning aan de ouders in hun ouderrol en werken op deze manier preventief naar de kinderen toe. Via inzichtverruiming in de eigen problematiek van de ouders, schadebeperking, terugvalpreventie, opvoedingsondersteuning en het creëren van een veilig milieu en een veilige opvoedingssituatie voor het kind, dragen we zo ons steentje bij.

Het KDO-project is als het ware een versmelting van de twee succesvolle methoden klinisch casemanagement en outreachend werken. We werken vraaggericht en trachten de problemen van de cliënt op alle levensdomeinen aan te pakken, zodat de sociale inclusie en emancipatie bevorderd worden. Binnen de begeleidingen worden de sociale grondrechten van de personen opnieuw bevestigd en de rechten van het kind opnieuw op de voorgrond gebracht.

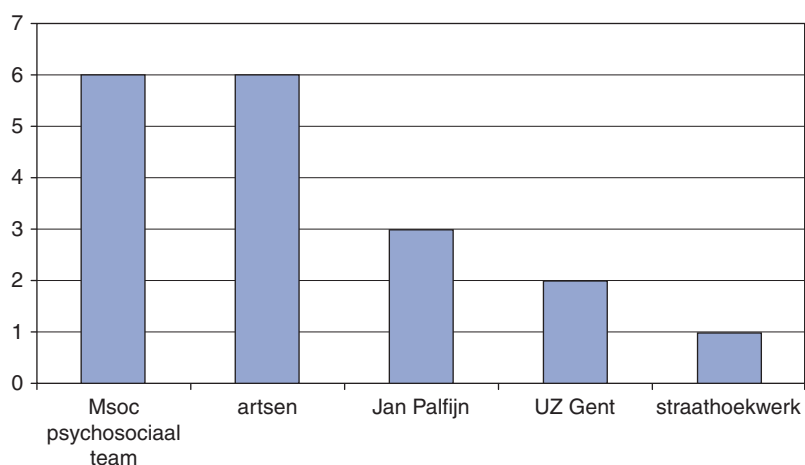
OVERLEGPLATFORM

Naast de effectieve begeleidingen van cliënten, besteden we ruimschoots aandacht aan de contacten met betrokken hulpverleners. Op regelmatige basis coördineren wij een intervisieplatform voor reguliere hulpverlenersinstanties, zoals Kind en Gezin, Vertrouwenscentrum Kindermishandeling, sociale diensten van de Gentse ziekenhuizen, Bubbels en Babbels, Antwerpen en het MSOC Gent. Hierbij gaan we actief overleggen over ‘multi-problem’-gezinnen, casussen bespreken en vormingen organiseren. Ons doel is te komen tot een bewustmaking van hulpverleners. Dankzij het overlegplatform komt er een efficiënte en constructieve samenwerking tussen de verschillende instanties op gang. Er wordt efficiënter doorverwezen dankzij een goede kennis van elkaars werkveld en methodieken. Er wordt een correcte en gedeelde kennis verworven om adequaat om te gaan met drugsverslaafde ouders en zwangeren. Dit zorgt voor een stijgende kwaliteit van de hulpverlening in de regio voor deze doelgroep. Tot slot werken wij aan een gemeenschappelijke visie omtrent het omgaan met deze toch wel zeer specifieke doelgroep.

CIJFERMATERIAAL

Gedurende de periode januari 2009 tot juni 2010 werden achttien personen aangemeld voor het KDO-project. Tien van hen waren zwanger bij aanvang van het casemanagement. Aangezien het KDO-project verbonden is aan het MSOC Gent, gebeuren de meeste doorverwijzingen dan ook door de leden van het psychosociaal team of door de artsen verbonden aan het MSOC (zie figuur 1).

Van de achttien aangemelde personen werden vier casussen afgerond, twee personen werden doorverwezen en vijf casussen werden afgebroken wegens een personeelwisseling. Momenteel (juni 2010) zijn er zeven actieve begeleidingen gaande, allen vrouwen (zie tabel 1). Er zijn vier vrouwen zwanger en zes kinderen worden betrokken bij het project. Vier van deze kinderen zijn geplaatst in een instelling en/of pleeggezin. We proberen ook deze kinderen niet uit het oog te verliezen en

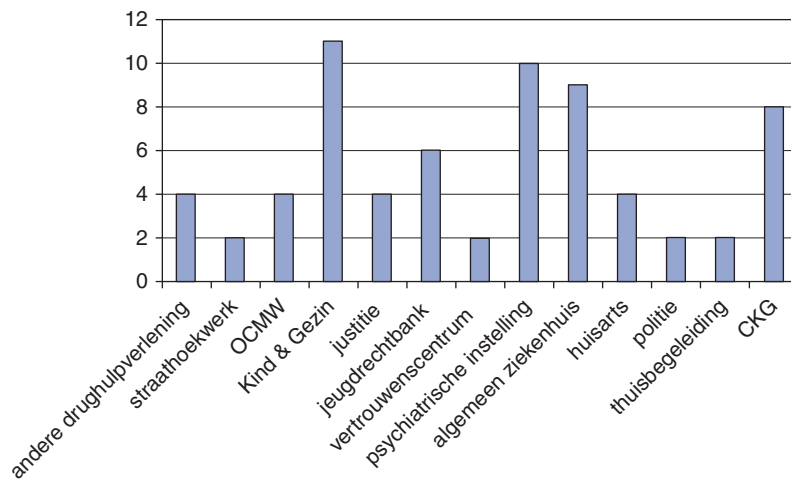


Figuur 1 Aantal doorverwijzingen.

het contact met hun ouders te herstellen en/of te onderhouden. Bij drie van de vier samenwonende cliënten is de partner ook effectief de vader van het kind. Ook hij wordt nauw betrokken bij de begeleiding. Zoals in vorige paragraaf beschreven, hechten we veel belang aan contacten met andere hulpverleners. Wanneer we de cijfers erop nakijken (zie figuur 2), kunnen we vaststellen dat er voor de 18 aangemelde cliënten 64 hulpverleners betrokken waren. Aangezien het gaat om ouders of zwangere personen, is het niet verwonderlijk dat Kind en Gezin, de algemene ziekenhuizen en de Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG's) belangrijke spelers zijn op het terrein van de hulpverlening. De CKG's worden niet alleen gecontacteerd

Tabel 1. Overzicht lopende begeleidingen.

Cliënten	Leeftijd	Burgerlijke staat	Leeftijd kind	Situatie kind
A	27	Samenwonend	Zwanger	
			7 maanden	Uit huis geplaatst
B	44	Alleenstaand	2 jaar	Thuis
C	21	Samenwonend	2 maanden	Thuis
			2 jaar	Uit huis geplaatst
D	37	Alleenstaand	Zwanger	
E	27	Alleenstaand	7 jaar	Uit huis geplaatst
F	25	Samenwonend	Zwanger	
			6 jaar	Uit huis geplaatst
G	28	Samenwonend	Zwanger	



Figuur 2 Betrokken hulpverleners.

voor een uithuisplaatsing maar ook omwille van hun Amber-project, wat een intensieve thuisbegeleiding inhoudt bij kwetsbare zwangeren. Met betrekking tot de drugsproblematiek dienen wij nauwe banden te onderhouden met psychiatrische instellingen, voor crisisopnames of langdurige detoxificatie.

We vermelden dat het onmogelijk is om met al deze personen apart contacten te onderhouden. In dit opzicht hechten wij veel belang aan gezamenlijke overlegmomenten en intervisieplatforms.

Casuïstiek

LEEN

Leen (20) is elf weken zwanger van haar tweede kind. Wanneer ze op controle gaat bij de gynaecoloog, vertelt ze dat ze intraveneus heroïne gebruikt. Haar gebruik is, hoewel het recent is, zeer excessief en destructief. Naast heroïne gebruikt ze sporadisch cannabis en speed.

Leen beseft dat, nu ze zwanger is, er iets moet veranderen aan haar situatie. Zelf ziet ze geen uitweg. De sociale dienst van het ziekenhuis neemt, na kennis te hebben genomen van deze feiten en met toestemming van Leen, contact met ons op om haar aan te melden voor het KDO-project.

Het eerste contact met Leen bij haar thuis is vrij confronterend. In haar leefomgeving zijn de sporen van het gebruik onmiskenbaar aanwezig. Wij raden haar aan een crisisopname te doen en over te schakelen op methadon omwille van de zwangerschap. Na het uitvoeren

van veel overtuigingskracht laat Leen zich opnemen. Aanvankelijk verloopt dit goed, maar na zeven dagen besluit ze plots te vertrekken. Vrij snel begint ze opnieuw excessief te gebruiken. Haar hulpvraag blijft wisselend. Ze bevindt zich in een tweestrijd tussen het genot van het gebruik en de gezondheid van haar kind. Door het beperkte probleeminzicht en bepaalde rigide cognities is het moeilijk om constructieve of motiverende gesprekken te voeren met Leen. Een therapeutisch programma specifiek voor zwangere vrouwen en verslaafde moeders lijkt ons geschikt voor haar. We regelen een intakegesprek, maar daar wordt duidelijk dat het intelligentieniveau van Leen te laag is om dergelijk programma te kunnen volgen.

Naarmate de weken verstrijken blijkt ook hoe wijds het hulpverleningsnetwerk rond Leen is. Het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) werkt rond de financiële en woonsituatie, de justitieassistent en de sociale of maatschappelijke cel van de politie volgen Leen omwille van drugsfeiten, de jeugdrechtsbank en het Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG) bieden hulp rond haar eerste kindje. Deze personen opereren allemaal op een verschillend niveau, los van elkaar. We nemen contact op met deze mensen en trachten hen rond de tafel te krijgen, hetgeen voordien nog niet was gebeurd. Dit is een must om de situatie van Leen beter te kunnen inschatten, om dubbel werk te vermijden en om de juiste passende interventies te kunnen toepassen. We voelen de druk dat er iets moet veranderen aan de situatie van Leen, maar niemand voelt zich bij machte om alleen stappen te ondernemen. We proberen een laatste keer met een vrijwillige opname in een residentieel centrum, maar ook dit loopt na enkele dagen mis. De situatie van Leen gaat van kwaad naar erger. Er wordt gevreesd voor haar leven en het leven van haar kind.

De enige mogelijkheid die nog rest is een gedwongen opname. Dankzij steun en samenwerking met de betrokken hulpverleners wordt Leen, twee maanden na het eerste contact, gedwongen opgenomen voor de duur van haar zwangerschap. Door de veilige omgeving waarin zij zich nu bevindt, kan ze een substitutiebehandeling volgen zonder bijgebruik. Vanuit het residentieel centrum waar zij in opname is en door de inzet en samenwerking van de verschillende hulpverleners, komt haar leven weer op het juiste spoor. Er wordt samen met haar gezocht naar huisvesting en de nodige hulp als haar kindje geboren wordt. Ondertussen heeft zij een nieuwe partner leren kennen en gaat ze op regelmatige basis een dagje naar huis. De situatie is hoopvol maar dient nauwlettend opgevolgd te worden. Net zoals Leen bekijken we elke dag op zich en proberen wij zo mogelijk te anticiperen. Dank-

zij een nauwere samenwerking met alle betrokken hulpverleners, het regelmatig rond de tafel zitten, intensieve begeleiding en outreachend werk geeft casemanagement deze casus een positieve wending.

MARLEEN

Marleen (30) is reeds lange tijd bekend bij het MSOC. Samen met haar vriend leeft ze in kraakpanden en is er geen wil om te stoppen met gebruik. Tot ze onverwacht zwanger wordt. Ze besluit, samen met haar vriend, om haar leven volledig naar de komst van het kind in te richten. Het KDO-project wordt haar voorgesteld tijdens een consultatie op het MSOC, met het aanbod van huisbezoeken en uitgebreide gesprekken. Marleen gaat op het aanbod in. Er is veel papierwerk in orde te brengen en ze wil met alles in orde zijn voordat het kindje er is. Doordat we haar regelmatig zien en veel uitleg kunnen geven, winnen we snel haar vertrouwen. We vertellen haar dat niet alle hulpverleners vertrouwd zijn met drugsgebruik bij zwangere vrouwen en uit overbezorgdheid beschuldigend kunnen reageren. Ze wordt hier ook mee geconfronteerd tijdens haar eerste prenatale consultatie. Dankzij de informatie vooraf kan ze dit kaderen. Ze laat zich, ondanks deze negatieve ervaring, verder goed opvolgen, zowel voor haar zwangerschap als voor haar drugverslaving. Samen met haar vriend trekt ze weg uit de stad, om de verleidingen uit de weg te gaan, en ze slagen erin te stoppen met gebruik.

Net voor de bevalling hervalt ze echter, uit angst voor een keizersnede. In het ziekenhuis wordt dit opgemerkt en wordt het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK) ingeschakeld, zonder haar medeweten. Doordat we als tolk optreden tussen Marleen en het VK, escaleert de situatie niet. Marleen blijft zeer angstig om haar kindje kwijt te raken en wil alle hulpverlening aan de deur zetten. De casemanager moedigt haar aan om een hulpverlenersnetwerk toe te staan.

Kind en Gezin komt aan huis, net als kraamzorg en iemand van het Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning. Het OCMW wordt ingeschakeld om een huis te zoeken voor het jonge gezin, aangezien ze inwonen bij de vader van Marleen. Het KDO-project ondersteunt Marleen door als tolk naar de andere hulpverleners op te treden. Het project geeft onder meer informatie over het verschil tussen gecontroleerd gebruik en destructief gebruik aan de hulpverleners. Marleen herstelt zich na de bevalling snel en na een paar maanden intensieve begeleiding kan het hulpverlenersnetwerk afgebouwd worden. Na een jaar wordt ook de begeleiding van het vertrouwensartsencentrum stopgezet, omdat alles goed verloopt. Er is geen gebruik meer, er is een aparte woning voor het gezin, de ontwikkeling van het kind ver-

loopt redelijk, financieel zijn er geen problemen meer. Door de bemiddeling van het KDO-project is het vertrouwen van Marleen in de hulpverlening zodanig gegroeid dat zij nu bij gedragsmoeilijkheden van haar 'peuterpuber' spontaan de hulp van Kind en Gezin inroept.

Knelpunten en aanbevelingen voor de toekomst

CASELOAD

In de literatuur zien we dat de caseload per fulltime-casemanager geschat wordt op vijftien tot twintig cliënten (Vanderplasschen, Lievens & Broekaert, 2001). Verschillende factoren spelen een rol bij de gewenste caseload: keuze van het model, ernst van de problematiek, aantal betrokken hulpverleners en positie binnen het proces naar zelfredzaamheid. Een casemanager komt snel in de positie terecht dat hij moet kiezen tussen het aantal begeleidingen en de intensiteit van de begeleidingen. We willen de zorg op maat en de geïndividualiseerde benadering bewaken. Voor partners die doorverwijzingen doen, is het echter frustrerend dat de casemanager niet continu nieuwe begeleidingen kan opstarten.

BEPERKTE CRISISOPVANG

Op sommige momenten ervaren drugsgebruikende ouders en/of zwangeren moeilijkheden die niet op te lossen zijn binnen casemanagement. Als er behoefte is aan een vrijwillige crisisopname, ervaren wij een lacune binnen de drugshulpverlening. Ouders kunnen, op enkele kleinschalige initiatieven na (zoals bij De Tipi te Gavere), bijna nooit samen met hun kind in opname gaan. Ze worden verplicht hun kinderen uit handen te geven. Aangezien een van de grootste bezorgdheden van drugsgebruikende ouders de uithuisplaatsing van hun kind(eren) is, zien zij in het merendeel van de gevallen af van een veelal noodzakelijke opname. Er is een grote behoefte aan laagdrempelige voorzieningen voor de opname van moeder/partner en kind voor korte duur, maar voorlopig lijkt een oplossing niet direct voorhanden.

OPVOEDINGSONDERSTEUNING

Tot slot willen wij wijzen op het belang van pedagogische ondersteuning bij drugsgebruikende ouders. Als casemanager binnen de drugshulpverlening ervaren wij een gebrek aan kennis omtrent kinderzorg en opvoeding. We pleitten dan ook voor een extra opleiding van elke casemanager die met dit doelpubliek werkt. Daarnaast zou het interessant zijn om nieuwe manieren van samenwerking uit te proberen, bijvoorbeeld met organisaties als Kind en Gezin. De verpleegkundige van

Kind en Gezin kan samen met de casemanager op huisbezoek gaan. Het samenbrengen van twee expertises is verrijkend voor zowel cliënt als hulpverlener.

Tot besluit

Dankzij het KDO-project kunnen we ingaan op drie belangrijke behoeften in het werkveld van alledag. Vooreerst zijn we complementair aan de reguliere drughulpverlening in het omgaan met drugsverslaafde ouders en zwangeren. We kunnen immers zorg op maat bieden aan deze kwetsbare groep binnen hun eigen leefomgeving. Daarnaast bieden we ondersteuning en vorming aan de niet-drugsspecifieke hulpverlening die in aanraking komt met het doelpubliek. Maar het allerbelangrijkst is dat we er in de eerste plaats zijn voor de ouders. We gaan naast de ouders staan en versterken hen in hun ouderrol. Door het ouderschap goed te kunnen opnemen, werkt het als positieve bekrachtiger bij hun eigen genezingsproces. En het is belonend om als casemanager hiervan een deel uit te maken.

Literatuur

- Ashery, R.S. (1996). Case management for substance abusers: More issues than answers. In H. Siegal & R. Rapp (Eds.), *Case management and substance abuse treatment: Practice and experience* (pp. 141-154). New York: Springer.
- Bool, M. (2002). *Casemanagement voor kinderen van drugverslaafde ouders*. Utrecht: Trimbo-instituut.
- Brindis, C.D., & Theidon, K.S. (1997). The role of casemanagement in substance abuse treatment services for woman and their children. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29, 79-88.
- Broekaert, E., Raes, V., Kaplan, C., & Coletti, M. (1999). The design and effectiveness of therapeutic community research in Europe: An overview. *European Addiction Research*, 5, 21-35.
- Brun, C., & Rapp, R.C. (2001). Strengths-based case management: Individuals' perspectives on strengths and the case manager relations. *Social Work*, 46, 278-288.
- Derluyn, I., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2000). *Drugverslaafden met jonge kinderen: een exploratief onderzoek naar modellen en opvoedingsondersteunende methodieken bij de hulpverlening aan drugverslaafde ouders met jonge kinderen*. (Niet-gepubliceerd onderzoeksrapport.) Gent-Brussel: De Kiem, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.
- Geenens, K., Vanderplasschen, W., Broekaert, E., De Ruyver, B. & Alexandre, S. (2005). *Tussen droom en daad: implementatie van casemanagement voor druggebruikers binnen de hulpverlening en justitie*. Gent: Academia Press.
- Hall, J.A., Carswell, C., Walsh, E., Huber, D.L., & Jampoler, J.S. (2002). Iowa case management: Innovative social casework. *Social Work*, 47, 132-144.
- Hughes, P.H., Coletti, S.D., Neri, R.L., Urmann, C.F., Sicilian, D.M., & Anthony, J.C. (1995). Retaining cocaine-abusing woman in a therapeutic community:

- The effect of a child live-in program. *American Journal of Public Health*, 85, 1149-1152.
- Lanehart, R.E., Clark, H.B., Rollings, J.P., Haradon, D.K., & Scrivner, L. (1996). The impact of intensive case-managed intervention on substance-using pregnant and postpartum woman. *Journal of Substance Abuse*, 8, 487-495.
- Rapp, R.C., Siegal, H.A., Li, L., & Pranjit, S. (1998). Predicting postprimary treatment services and drug use outcome: A multivariate analysis. *American Journal on Drug and Alcohol Abuse*, 24, 603-615.
- Riet, N. van, & Wouters, H. (1996). *Casemanagement: een leer- en werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening*. Assen: Van Gorcum.
- Rush, B., & Ekdahl, A. (1990). Recent trends in the development of alcohol and drug treatment services in Ontario. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 51, 514-522.
- Saleebey, D. (2008). *The strengths perspective in social work* (5th. ed.). New York: Allyn & Bacon.
- Schippers, G. (2001). Kunnen verslaafde ouders opvoeden? (Voordracht symposium 'Goed gezin(d)', 11 mei 2001). Groningen: Dr. Kuno Van Dijkstichting.
- Siegal, H., Fisher, J., Rapp, R., Kelliher, C., Wagner, J., O'Brien, W., & Cole, P. (1996). Enhancing substance abuse treatment with case management: its impact on employment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, 93-98.
- Van Brussel, G. (2000). Druggebruik van jeugd tot geriatriesch probleem, een samenvatting. In B. De Ruyver, G. Vermeulen, A. Flaveau, A. De Leenheer, F. Carlier, A. Noirfaille & I. Pelc (Eds.), *Drugbeleid 2000: drugbeleid aan de vooravond van de 21ste eeuw* (pp. 161-163). Antwerpen/Apeldoorn: Maklu.
- Vanderplasschen, W. (1997). *Een exploratief onderzoek in de drugvrije therapeutische gemeenschap naar de situatie van drugverslaafde ouders en hun kinderen*. (Niet-gepubliceerde licentiaatsverhandeling.) Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Vanderplasschen, W., Derluyn, I., & Broekaert, E. (2002). Opvoedingsondersteuning van drugsverslaafde ouders en hun jonge kinderen. In W.R. Buisman, e.a. (Eds), *Handboek verslaving: hulpverlening, preventie en beleid* (C-3130, pp. 1-24). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vanderplasschen, W., Lievens, K., & Broekaert, E. (2001). Implementatie van een methode van casemanagement in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen. (Orthopedische Reeks Gent 14.) Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Vanderplasschen, W., Mostien, B., Claeys, P., Raes, V., & Van Bouchaute, J. (2001). *Conceptnota organisatiemodel zorgcircuit middelenmisbruik*. (Orthopedagogische Reeks Gent 12.) Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.